



Todos los datos consignados en el presente formulario, revisten el carácter de Declaración Jurada.

# **SOLICITUD DE PENSIÓN**

1- BENEFICIO SOLI	CITADO:								
Por favor marque el beneficio q	ue solicita:								
Pensión por Fallecimie	nto de persona e	en: O ACT	TIVIDAD	O PASI	IVIDAD	(Jub	laciór	o Re	tiro)
2- DATOS DE PERSO	ONA FALLECIE	)A							
Apellidos y Nombres (como fig	guran en el DNI):	111111111111111111111111111111111111111							
Estado Civil: O Soltera/o	O Casada/o	Conviviente	◯ Viuda/o ◯	Divorciada/	⁄о <b>О</b>	Separa	ada/o d	e Hech	o/Legal
Si la persona fallecida gozaba d	de JUBILACIÓN o RET	TRO, número de b	eneficio:	1 /			Ш	/ 📗	
3- DATOS DE LAS P	ERSONAS SOI	LICITANTES							
Completar en caso de s	olicitante Viuda/o	o, Conviviente	o Ex espos	a/o alime	ntada/d	<b>)</b> .			
Relación con la persona f	allecida:	◯ Viuda/o	O Convivi	ente	O Ex	esposa	/o		
Apellidos y Nombres (como fig	guran en el DNI):								
Domicilio:							annunununun		
Localidad:					CP		Ш		
Tel. Fijo:		Tel. C	Celular:						
4- CONSTITUCIÓN I	DE DOMICILIO	<b>ELECTRÓN</b>	1ICO						
Las notificaciones por me	edios electrónicos s	son plenamen	te válidas. F	Resoluciór	n Gener	al SF	E 001	/2023	
E-Mail de <b>TITULAR</b> :									
COMPLETAR EN TODOS	LOS CASOS:								
¿Conoce a otras persor	nas con posible d	erecho a Pens	sión?						
O SI O NO En cas	so afirmativo indique qu	uiénes:							
○ Viuda/o.	Nombre:								
C Ex-esposa/o.	Nombre:								
O Conviviente.	Nombre:								
O Hijas/os.	Nombre/s:								
O Hijas/os con Incapacidad.	Nombre/s:								
¿Posee <b>más pruebas</b> , no agre	gadas en esta oportuni	dad, que permitan	confirmar los h	nechos expre	esados?		<b>O</b> 5	SI O	NO
En caso afirmativo, ¿se compro	omete a <b>incorporarlas</b>	en el plazo de 10	días?	SI O NO	)				





Todos los datos consignados en el presente formulario, revisten el carácter de Declaración Jurada.

### **SOLICITUD DE PENSIÓN**

# COMPLETAR EN CADA CASO, SEGÚN LA RELACIÓN CON EL CAUSANTE. 1- Solicitante VIUDA / O ¿Durante la vigencia de la sociedad conyugal hubo separación de hecho? SI NO En caso afirmativo, ¿quién dió causa a la separación?: Causante Solicitante Mutuo Consentimiento ¿Percibía Alimentos? SI NO ¿Tiene otro beneficio otorgado o en trámite?: SI NO Tipo de Beneficio: ¿En que Caja o Instituto?: 2- Solicitante CONVIVIENTE

Fecha de inicio de la Convivencia:	Hijas/os con el causa	ante: O SI O NO
Indique el o los domicilios en los que tuvo lugar la convivencia y las fechas correspond	dientes:	
Domicilios	Desde	Hasta
¿Tiene otro beneficio otorgado o en trámite?: O SI O NO Tipo de	Beneficio:	

3- Solicitante EX-ESPOSA / O ¿Fue culpable del divorcio? O SI O NO ¿Percibía Alimentos? O SI O NO

## Completar en caso de solicitantes HIJAS/OS

Apellidos y Nombres (como figuran en el DNI):

### Solicitante 1:

¿En que Caja o Instituto?:

¿Trabaja en Re	elación de Depen	idencia?	) SI (	ои С	¿Es una persona incapacitada?	O SI	ON C	
¿Tiene otro bei	neficio otorgado d	o en trámite?:	O s	ON C	¿Cuál? ¿Organismo?:			
¿Estudia?:	ON C IS	Nivel de Estudio	): 					
Estado Civil:	O Soltera/o	O Casada/o	<b>O</b> 0	Conviviente	O Viuda/o O Divorciada/o	O Separa	da/o de Hecho/Leg	al
Domicilio:								

Las notificaciones por medios electrónicos son plenamente válidas. Resolución General SFE 001/2023.

Tel. Fijo: Tel. Celular:





Todos los datos consignados en el presente formulario, revisten el carácter de **Declaración Jurada.** 

# **SOLICITUD DE PENSIÓN**

Solicitante 2:							
<u>Ape</u>	Ilidos y Nombres (como figuran en el DNI):						
¿Tra	abaja en Relación de Dependencia? 🔾 SI	O NO	¿Es una persona incapa	citada? 🔾 S	I 🔾 NO		
¿Tie	ene otro beneficio otorgado o en trámite?:	ON C IS	¿Cuál? ¿Organismo?:				
¿Es	tudia?: O SI O NO Nivel de Estudio:						
Esta	ado Civil: O Soltera/o O Casada/o O	Conviviente	O Viuda/o O Divorcia	ada/o 🤾 Separ	ada/o de Hecho/Legal		
Don	nicilio:						
Loca	alidad:			CP			
E-M	ail:						
Las	notificaciones por medios electrónicos	son plenar	<b>mente válidas</b> . Resolud	ción General SF	E 001/2023.		
Tel. Fijo: Tel. Celular:							
ļ- <b>(</b>	OTROS DATOS						
•	¿EN CUAL SUCURSAL DEL NBSF DE	SEA COB	RAR?:				
					0 0		
•	DE LA OBRA SOCIAL: IAPOS 🔾 SI	ON (C)	Optará por IAPOS SOLIDAF	RIO? () SI () N	O SMAI		
5- C	DE LOS SERVICIOS (solo para Pen	isión por fal	llecimiento de <b>persona</b>	en ACTIVIDAD	)		
CÓ	MPUTO PRIVILEGIADO: ¿Solicita Cómp	uto Privilegiad	lo para todas las actividades	que correspondan?	ON O NO		
Indio	que en que períodos:						
O	Con anterioridad al 21/01/1996	Desde el 21	/01/1996 al 07/10/2005	O Posteriore	s al 07/10/2005		
		1400	01. O NO D (1				
¿C	omputará SERVICIOS DE OTRAS CAJ	JAS? O	SI NO ¿De cuáles?:				
Det	talle <b>TODOS</b> los servicios prestados por	· la persona	fallecida a partir de los	18 años.			
Nº	Organismo Empleador		Actividad		eríodo		
1				Desde	Hasta		
2							
3							
4							
5					-		
6							





Todos los datos consignados en el presente formulario, revisten el carácter de Declaración Jurada.

### **SOLICITUD DE PENSIÓN**

6- OBSERVACIONES:	
7- FIRMAS:	
Declaro bajo juramento y en carácter de Declaro el presente formulario so	•
Firma de quién solicita	Aclaración de Firma
CERTIFICO que los datos personales consignados precedentemente so se mencionan y que tuve a la vista y que las firmas fueron colocadas en	
*Firma y Sello de Autoridad Certificante	Lugar y Fecha

(\*) Certificación de firmas y copias: deben realizarse únicamente ante escribanía pública, autoridad judicial, persona autorizada o ante este organismo.